

Anmeldelse
Ulykkesforsikring
Tandskade på voksen

CODAN

Undgå hæfteklammer – brug clips! Vi scanner bilagene

Forsikringstager

Navn	
Adresse	
Postnr.	By
E-mail	

Skadenr.

(udfyldes af Codan)

Policenr.
Tlf. privat
Tlf. arbejde
CPR-nr.

Skadelidte	Skadelidtes navn	Stilling
	Adresse	Tlf.
	Postnr. og by:	
Pengeinstitut	Reg.nr.	Kontonr.
Ulykken	Hvornår skete ulykken? Dato og klokkeslæt	Hvor skete ulykken? Adresse
	Ulykken skete: <input type="checkbox"/> I fritiden <input type="checkbox"/> På arbejdsgivers område <input type="checkbox"/> Som selvstændig (eget erhverv)	
	<input type="checkbox"/> Under arbejde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/> Ærinde for arbejdsgiver <input type="checkbox"/> På vej til/fra arbejde	
	Hvordan skete ulykken?	
	Hvad var årsagen til ulykken skete?	
	Er der sket anden legemsbeskadigelse?	
	Hvor blev du undersøgt første gang efter skaden?	Hvornår? (dag/måned/år)
	Havde du inden for det sidste døgn inden skaden, indtaget nogen form for alkohol, rusmidler, medicin eller lign.? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvad var indtaget og hvor meget:	
Er der optaget politirapport? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – stationens navn:		
Var du fuldstændig rask og arbejdsdygtig da ulykken skete? <input type="checkbox"/> Nej – hvorfor ikke: <input type="checkbox"/> Ja		
Hvad er dit daglige arbejde da ulykken skete?		
Er du omfattet af andre ulykkesforsikringer? Fx privat, via arbejdsplads, fagforbund eller lignende? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – selskab: Policenr.:		
Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvilken gruppe (1,2,5,8):		

Derfor skal du give samtykke

Når du anmelder en skade til Codan Forsikring A/S (herefter kaldet Codan), har du pligt til at give Codan alle tilgængelige og relevante oplysninger,

som kan være af betydning for vurderingen af skaden og beregning af forsikringsudbetalingen. Det følger af forsikringsaftaleloven.

Samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Jeg giver hermed samtykke til, at;

- Codan må indhente, anvende og videregive de oplysninger om mig, som Codan finder nødvendige for at kunne vurdere mit krav om udbetaling.
- De, som Codan indhenter oplysninger fra, kan videregive de oplysninger, som Codan har anmodet om.

Hvem kan der indhentes oplysninger fra/videregives oplysninger til?

- Sygehuse, læger og andre autoriserede sundhedspersoner.
- Offentlige myndigheder, fx kommuner, politi og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.
- Forsikringsselskaber, pensionskasser, Videncenter for Helbred & Forsikring og Patientforsikringen.
- Samarbejdspartnere, som udfører opgaver for Codan i forbindelse med stillingtagen til mit krav om udbetaling.

Hvilke oplysninger kan udveksles?

- Helbredsoplysninger, herunder sygdomsoplysninger og oplysninger om kontakter til sundhedsvæsenet.
- Oplysninger om sociale, økonomiske og andre forhold.

Samtykket omfatter oplysninger frem til det tidspunkt, hvor Codan har taget stilling til mit krav.

Tidsbegrænsning, underretning mv.

Samtykket gælder for et år. Jeg kan til enhver tid trække mit samtykke tilbage og/eller få berigtiget/slettet eventuelle urigtige eller vildledende oplysninger. De, der involveres i min sag, informeres om mit samtykke.

Jeg får besked, hver gang Codan indhenter oplysninger. Jeg bliver informeret om, hvorfor oplysningerne indhentes, hvilke oplysninger der indhentes og videregives og for hvilken periode, samt hvem oplysningerne indhentes fra.

Erklæring vedrørende oplysninger

Jeg erklærer, at de besvarelser og oplysninger, som jeg har afgivet, er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielser kan medføre, at erstatningen nedsættes eller helt bortfalder.

Codans vurdering af dine oplysninger

Codan gemmer dine oplysninger. Codan kan indhente flere oplysninger om dig og din skade via offentligt tilgængelige medier, kilder og vidner mv. for at vurdere din skadeanmeldelse og det fremsatte krav. Codan opbevarer oplysningerne så længe, der kan blive brug for dem i forhold til din forsikring og de anmeldte skader.

Mit samtykke og de indhentede oplysninger bliver altid behandlet i overensstemmelse med persondatalovens regler.

Er tilskadekomne under værgemål Nej Ja
Hvis ja, oplys navn og adresse på værge.

Værge

Navn	
Adresse	
Postnr.	By

Skal udfyldes

Dato	Tilskadekomnes underskrift	Værges underskrift (hvis skadelidte er under 18 år, eller under værgemål)
------	----------------------------	---

Sendes til:

Codan, Ulykkeskade, Gammel Kongevej 60, 1790 København V – eller via e-mail ulykkeskade@codan.dk

Forsikringstager

Navn	
Adresse	
Postnr.	By
E-mail	

Skadenr.















Policenr.

Vigtigt!

- Vedlæg altid røntgen og kliniske fotos i det omfang det er nødvendigt for illustration/dokumentation af skadens omfang. (Røntgenbilleder og kliniske fotos skal monteres, forsynes med optagelsesdato og patientdata samt tandlægens navn, jf. Sundhedsstyrelsens og Tandlægeforeningens vejledende retningslinjer for journalføring).
- Forsikringssselskabets dækning er typisk begrænset til rimelige og nødvendige udgifter – det vil sige alene udgifter til at bringe patientens tænder i samme stand som før skaden. Dækningen vil være beskrevet i den enkelte forsikringsaftale.
- Ved start af behandling før selskabets accept heraf skal tandlægen gøre patienten opmærksom på, at der evt. kan blive tale om egenbetaling i det omfang, der ikke måtte være fornøden forsikringsdækning.
- Såfremt kunden ikke har afgivet samtykke på anmeldelsesblanketten, påhviler det selskabet at rekvirere forsikredes samtykke.

Patient	Patientnavn		CPR-nr.							
	Stilling									
	Ulykkestilfældets dato (dag/måned/år)		Hvilken dato henvendte patienten sig 1. gang i forbindelse med skaden? (dag/måned/år)							
	Patientens oplysning til dig om skadens opståen									
	Er der foretaget akut behandling af anden tandlæge eller skadestue? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvilken og af hvem?									
____ stk. daterede røntgenbilleder vedlagt (vil blive returneret). Sagerne behandles kun undtagelsesvis uden røntgenbilleder. ____ stk. kliniske fotos (afkryds) <input type="checkbox"/> Alm. røntgenbilleder <input type="checkbox"/> Print <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Cd-rom										
Oplysninger om de ved skaden påvirkede tænder	Hvilke tænder	Diagnose	Tilstand før skaden							
			Intakt	Carieret Flader	Fylt, flader Materiale	Kronet Type Materiale		Rodbeh.	Parodontitis Apikalis Marginalis	
Diagrammer	Ved tand- eller rodfraktur skal frakturlinien indtegnes på begge diagrammer									
Øvrige tænder	Øvrige tænders tilstand. (Evt. bemærkninger hertil kan angives nedenfor) <input type="checkbox"/> Regelmæssig tandpleje <input type="checkbox"/> Velholdte <input type="checkbox"/> Forsømte <input type="checkbox"/> Carierede <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Dårlig mundhygiejne									
Andre oplysninger	Andre oplysninger du finder relevante (fx bløddelslæsioner, tidligere traume) <i>(kan evt. fortsættes efter "liste over de almindeligst forekommende traumediagnoser")</i>									

Ved proteseskader ønskes oplyst	Skadens art og omfang			
	Legemsbeskadigelse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Protesetype <input type="checkbox"/> Hel <input type="checkbox"/> Partiel	Protesens alder År	Materiale
	Hvilke tænder erstatter protesen?		Forudbestående defekter og mangler:	
Behandlingsforslag	A. Akut/foreløbig behandling (specificeret)		Honorar kr.	Sygesikringens andel kr.
	I alt			
	B. Endelig behandling (specificeret overslag)		Honorar kr.	Sygesikringens andel kr.
	I alt			
	Kan endelig behandling udføres på nuværende tidspunkt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Anbefalet observationstid	
	Mulige senere følger			
	Er patienten medlem af Sygeforsikringen Danmark? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – gruppe:			
Er De patientens sædvanlige tandlæge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Omfattet af børne- og ungdomstandplejen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
<i>Ved skader på børn og unge: Da vor tandskadedækning er subsidær, foretages løbende tilsyn og behandling over børne- og ungdomstandplejen indtil det fyldte 18. år.</i>				
Pengeinstitut	Eventuel udbetaling kan overføres direkte til Deres pengeinstitut. Oplys venligst reg.nr. og kontonr. Oplysningerne vil kun blive brugt i denne sag, og er omfattet af vores tavshedspligt.			
	Reg.nr.	Kontonr.		
E-mail	Ønsker De, at kommunikere via e-mail, skal De anføre Deres e-mail adresse her:			
Tandlægen	Navn		Adresse	
	Postnr. og by		Stempel med telefonnr.	
	Dato og underskrift			
	Honorarmodtagerens CPR- eller CVR-nr. bedes oplyst, jvf. skattelovgivningen CPR- eller CVR-nr.			
	Denne erklæring indsendes af tandlægen til Codans hovedkontor. Selskabets erstatningspligt indtræder først, når selskabet har anerkendt skaden og accepteret det modtagne behandlingsforslag. Denne attest, hvis formulering er tiltrådt af Dansk Tandlægeforening til brug ved forsikring, betales tandlægen af selskabet i henhold til bestående overenskomst.			

Evt. yderligere oplysninger														
<p>Traumediagnoser med risikovurdering for pulpa nekrose (PN) og progressiv rod resorption (RR) (inflammatorisk & ankylose) samt vejledende minimums observations periode før restaurering.</p>														
	 <p>Infrafractio dentis</p> <table border="1" data-bbox="512 741 807 797"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>3 %</td> <td>0 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	3 %	0 %	3 mdr.	 <p>Fractura coronae dentis non complicatae</p> <table border="1" data-bbox="1038 741 1334 797"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>3 %</td> <td>0 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	3 %	0 %	3 mdr.
PN	RR	OBS*												
3 %	0 %	3 mdr.												
PN	RR	OBS*												
3 %	0 %	3 mdr.												
	 <p>Fractura coronae dentis complicatae</p> <table border="1" data-bbox="512 911 807 967"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>3 %</td> <td>0 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	3 %	0 %	3 mdr.	 <p>Fractura coronae et radice dentis non complicatae</p> <table border="1" data-bbox="1038 911 1334 967"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>? %</td> <td>0 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	? %	0 %	6 mdr.
PN	RR	OBS*												
3 %	0 %	3 mdr.												
PN	RR	OBS*												
? %	0 %	6 mdr.												
	 <p>Fractura coronae et radice dentis complicatae</p> <table border="1" data-bbox="512 1077 807 1133"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>? %</td> <td>0 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	? %	0 %	6 mdr.	 <p>Fractura radice dentis</p> <table border="1" data-bbox="1038 1077 1334 1133"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>28 %</td> <td>1 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	28 %	1 %	6 mdr.
PN	RR	OBS*												
? %	0 %	6 mdr.												
PN	RR	OBS*												
28 %	1 %	6 mdr.												
	 <p>Fractura processus alveolaris</p> <table border="1" data-bbox="512 1247 807 1303"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>45 %</td> <td>2 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	45 %	2 %	6 mdr.	 <p>Fractura maxillae et mandibulae</p> <table border="1" data-bbox="1038 1247 1334 1303"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>25 %</td> <td>3 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS*	25 %	3 %	6 mdr.
PN	RR	OBS*												
45 %	2 %	6 mdr.												
PN	RR	OBS*												
25 %	3 %	6 mdr.												
	 <p>Concussio dentis</p> <table border="1" data-bbox="512 1426 807 1482"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>6 %</td> <td>0 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS*	6 %	0 %	3 mdr.	 <p>Subluxatio dentis</p> <table border="1" data-bbox="1038 1426 1334 1482"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>15 %</td> <td>2 %</td> <td>3 mdr.</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS*	15 %	2 %	3 mdr.
PN**	RR	OBS*												
6 %	0 %	3 mdr.												
PN**	RR	OBS*												
15 %	2 %	3 mdr.												
	 <p>Extrusio dentis</p> <table border="1" data-bbox="512 1583 807 1639"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>25 %</td> <td>6 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS*	25 %	6 %	6 mdr.	 <p>Luxatio lateralis dentis</p> <table border="1" data-bbox="1038 1583 1334 1639"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS*</td> </tr> <tr> <td>62 %</td> <td>3 %</td> <td>6 mdr.</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS*	62 %	3 %	6 mdr.
PN**	RR	OBS*												
25 %	6 %	6 mdr.												
PN**	RR	OBS*												
62 %	3 %	6 mdr.												
	 <p>Intrusio dentis</p> <table border="1" data-bbox="512 1749 807 1805"> <tr> <td>PN**</td> <td>RR</td> <td>OBS***</td> </tr> <tr> <td>90 %</td> <td>35 %</td> <td>1 år</td> </tr> </table>	PN**	RR	OBS***	90 %	35 %	1 år	 <p>Avulsio dentis</p> <table border="1" data-bbox="1038 1749 1334 1805"> <tr> <td>PN</td> <td>RR</td> <td>OBS***</td> </tr> <tr> <td>92 %</td> <td>70 %</td> <td>1 år</td> </tr> </table>	PN	RR	OBS***	92 %	70 %	1 år
PN**	RR	OBS***												
90 %	35 %	1 år												
PN	RR	OBS***												
92 %	70 %	1 år												
<p>* Før restaurering påbegyndes bør en pulpa vitalitets test udføres. Hvis tanden er vital og røntgen ikke viser tegn på progressiv rod resorption kan restaurering påbegyndes. ** Procenterne er beregnet ud fra luxationer med og uden samtidig kronefraktur. *** Restaureringer vil altid være forbundet med en betydelig øget risiko for helingskomplikationer. For mere detaljeret information se: www.dentaltraumaguide.org (Illustrationer fra JO Andreasen 2003)</p>														